16

ÜBER TUMOREN DER VAGINA

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG EINES IN DER GREIFSWALDER GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK BEOBACHTETEN FALLES.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM SONNABEND, DEN 3. AUGUST 1895
MITTAGS 1 UHR

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

WILHELM GORNIG
AUS PLESS IN SCHLESIEN.

OPPONENTEN:

HERR CAND. MED. **FRIEDRICH.**
HERR CAND. IUR **GORNIG.**

GREIFSWALD.
BUCHDRUCKEREI C. SELL (L. LEHMANN).
1895.

SEINEN GELIEBTEN ELTERN

IN KINDLICHER DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Wenn wir uns nach dem Vorkommen der Scheidenneubildungen umsehen, so muss uns die grosse Seltenheit derselben sofort auffallen. Dagegen finden wir an den Vaginalwänden im Vergleich zu den sonst selten vorkommenden Neoplasmen, die angeborenen resp. in frühester Kindheit beobachteten Fälle relativ zahlreich.

Die Statistik von Gurlt giebt uns folgende Auskunft: Gurlt notierte unter 11,140 Frauen mit Geschwülsten nur folgende Tumoren der Vagina:

Fibrome unter 647 Frauen mit Fibr. 1 an der vorderen Vaginalwand.

Papillome unter 53 Frauen mit Pap. 2 an der vorderen Vaginalwand.

Cysten unter 937 Frauen mit Cysten 3 in der Scheide.

Polypen unter 268 Frauen mit Polypen 1 in der Scheide.

Sarcome unter 483 Frauen mit Sarcomen 1 in der Scheide.

Carcinome unter 4107 Frauen mit Carcinomen der Genitalien 114 in der Vagina allein, 3449 mit dem Uterus zusammen.

Dies ist eine relativ so geringe Zahl, dass man sich unwillkürlich des Eindrucks nicht erwehren kann, dass das Vorkommen von Neubildungen der Scheide in Wirklichkeit wohl viel grösser sein muss, besonders da einzelne Autoren allein schon so viel Fälle beobachtet haben wollen, wie sie Jahrzehnte hindurch in den verschiedensten Krankenhäusern zur Beobachtung gekommen sein sollen.

Da die Scheide ein Organ ist, dessen genauere und sorgfältigere Untersuchung von sehr vielen Ärzten vernachlässigt wird, oder ihm wenigstens im Vergleich zum Uterus nicht dieselbe Würdigung zuteil wird, so ist wohl anzunehmen, dass sehr viele Erkrankungen der Scheide einfach übersehen werden.

Die wohl noch am häufigsten in der Scheide vorkommenden Neubildungen dürften die Vaginalcysten sein, was die Veröffentlichungen verschiedener Autoren bewiesen haben. Winkel teilt die Cysten der Scheide ein in einfache, zusammengesetzte, einzelne, isolierte und massenhaft vorkommende. Regel ist das einzelne Vorkommen der Cysten. Selten erscheinen sie zu zwei oder drei, oder gar zu fünf, wie Kiwisch mitteilt. Bei den sogenannten Gascysten treten jedoch hunderte auf einmal in die Erscheinung. Der Sitz der Cysten ist an vorderer oder hinterer Wand, seltener seitlich. Weitaus am häufigsten sitzen die Cysten von der Mitte bis zur Nähe des Eingangs der Scheide. Die Grösse der

Cysten überschreitet fast nie die Grösse eines Gänseeies.

Wenn Peters eine kindskopfgrosse Cyste der hinteren Scheidenwand als Geburtshinderniss auffand, woraus sich ein Pfund klarer, gelblicher Flüssigkeit entleert haben soll, so liegt wohl der Verdacht einer Verwechselung nahe, da in der Litteratur noch nie ein ähnlicher Fall beschrieben worden ist.

Max Graefe beschreibt in der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“ 10 Fälle von Vaginalcysten, wovon ich einen besonders interessanten Fall hier mitteilen will:

Frau W., hat einmal vor 6 Jahren geboren. Sie bemerkt seit 4 Jahren, dass bei Anstrengungen eine Geschwulst aus der Scheide tritt. In der Vulva ist ein kleiner, rundlicher Tumor zwischen den Schamlippen sichtbar, welcher auf Aktion der Bauchpresse weiter vortritt. Zieht man an demselben, so erscheint ein eigentümliches, mässig prall mit Flüssigkeit gefülltes Gebilde vor der Vulva. Nach rechts und oben gerichtet erscheint ein penisförmiger, länglicher Tumor, welcher an der Spitze angeschwollen ist, sich nach unten verjüngt, um hier in eine rundliche Anschwellung überzugehen. Diese ist durch ein fühlbares Septum von einer fast ebenso grossen, ebenso geformten Anschwellung getrennt. Die Basis dieser beiden von der gewöhnlichen Scheidenschleimhaut bedeckten Tumoren bildet fast die ganze vordere Vaginalwand, so dass die Cysten dicht hinter dem

Introitus aufzusitzen beginnen und nach hinten, das hintere Scheidengewölbe ausfüllend, fast bis an die Spitze der Portio reichen. Auch die beiden seitlichen Vaginalwände, besonders die rechte, sind teilweise beteiligt. Die Wandstärke der penisförmigen Hervorragung beträgt durchschnittlich 2 mm, die Scheidewand zwischen den beiden letzteren 9 mm. Während die Wand der grösseren nur Bindegewebe enthält, finden sich in denen der kleineren, entsprechend ihrer Wandstärke, Muskel- und Bindegewebsfasern, ebenso in dem erwähnten Septum.

Als morphologische Bestandteile finden sich in dem Cysteninhalt sehr viel Cholestearintafeln, verfettete Eiterkörperchen und Epithelien. — Die Innenfläche der Cyste ist mit grossem, langem Cylinderepithel bedeckt. An einigen Stellen finden sich weissliche Plaques. Sie bestehen aus dickem Plattenepithel.

Die mikroskopische Untersuchung einer von Winkel exstirpierten wallnussgrossen Cyste der hinteren Vaginalwand ergab: als Inhalt eine klebrige, dicke, bräunliche Flüssigkeit, in welcher geschrumpfte Blutkörperchen, gekörnte Zellen und Fettkugeln und ausserdem grosse Lagen zusammenhängender Cylinderepithelien umherschwammen. Querschnitte der Cystenwand zeigten, dass in der von der Vagina gebildeten Wandseite zunächst Plattenepithel, dann unter demselben eine Schicht zahlreicher, feiner Gefässe, dann eine derbe Muskelschicht längs- und querverlaufender

Bündel und nach innen von diesen endlich ein feiner, vielfach unterbrochener Saum niedrigen, fast würfelförmigen Cylinderepithels sich befand. Drüsenreste waren in der Wandung nirgends zu erkennen.

Seltener als die Cysten kommen in der Vagina Bindegewebs- und Muskelneubildungen vor, welche man nach ihrer Zusammensetzung als reine Fibrome bezeichnet, wenn sie nur Bindegewebe und Gefässe, als Fibromyome, wenn sie ausser jenem auch Muskelfasern, und als Myome bezeichnet, wenn sie vorwiegend glatte Muskelfasern enthalten. Diese Geschwülste kommen an allen Stellen der Scheide vor, ihre Grösse schwankt von der einer Erbse bis zu der eines Kinderkopfes.

Im Gegensatz zum Uterus kommen die genannten Tumoren auch schon angeboren, oder in den frühesten Lebensjahren vor. Die meisten fallen allerdings auf die Zeit vom 30.—40. Lebensjahre und natürlich in die Periode der Fortpflanzungszeit. — Einen recht interessanten Fall von einem fibrösen Scheidenpolypen eines neugebornen Mädchens berichtet A. Martin. Wenn schon fibröse Polypen der Scheide an sich sehr seltene Gebilde sind, so ist ein analoger Fall von angebornen Fibroiden der Scheide in der Litteratur nicht vorhanden.

Martin untersuchte ein 24 Stunden altes Mädchen, das ohne Schwierigkeit am normalen Schwangerschaftsende spontan geboren worden war. Bei der Besichtigung des Kindes hatte die Hebamme

ein linsengrosses, hochrotes Gebilde aus der Vulva hervorhängen gesehen, während im Übrigen keinerlei Abnormität an dem Neugebornen aufzufinden war. Auch jetzt noch lag zwischen den auseinander gedrängten Nymphen dieses Gebilde zu Tage. Bei intaktem Hymen ragte dasselbe wie ein Pfropf aus der Vagina, von der Rima eng umschlossen. Die sammetartige Aussenfläche war hochrot, gleichmässig. Martin zog dieselbe mit der Pincette hervor und entwickelte schliesslich einen 1,8 cm. langen, unten kolbig anschwellenden, oben bis zu Fadenstärke sich verjüngenden Polypen, der sich 0,7 cm. oberhalb des Hymen in der hinteren Scheidenwand, etwas nach links von der Mittellinie auf der Höhe einer Falte der Columna rugarum posterior inserierte. Der Stiel wurde möglichst nahe an seiner Basis unterbunden, darüber der Polyp abgeschnitten. Es trat keine Blutung ein. Nach drei Tagen fiel die Ligatur ab, die Vulva erschien nun vollkommen geschlossen. Das Kind hatte keinerlei Reaktion erkennen lassen.

Der entfernte Polyp war sehr derb anzufühlen. Er war mit Plattenepithel bedeckt und zeigte eine der Vaginalwand ganz entsprechende Anordnung der unter dem mässig dicken Epithellager befindlichen Papillen. Drüsen waren nicht nachzuweisen, dagegen verliefen fast nur im Centrum des ganzen Gebildes auffallend starke Gefässe. Diese waren in festes Bindegewebe eingebettet, in welchem Muskel-

fasern nicht zu erkennen waren. Am Stielende trennte nur eine ganze dünne Schicht Bindegewebe die Gefässe von der Oberfläche.

Lipome der Vagina will Pelletan in 2 Fällen exstirpiert haben, und zwar Lipome des Septum rectovaginale; den mikroskopischen Beweis jedoch, dass diese Neoplasmen wesentlich aus Fett bestanden haben, ist Pelletan schuldig geglieben. Neuere Fälle dieser Art sind nicht bekannt geworden.

Die bis jetzt beschriebenen Tumoren der Vagina gehörten zu den gutartigen; es bleiben uns noch die bösartigen Geschwülste zu schildern, die Carcinome und die Sarcome, von denen wieder die letzteren wegen ihrer ungeheuren Seltenheit unser grösstes Interesse herausfordern.

Carcinome der Vagina treten primär ungleich seltener in die Erscheinung als secundär. Die Verteilung dieser bösartigen Neubildungen an den verschiedenen Generationsorganen der Frau ist überhaupt sehr ungleichmässig. Während Uterus, Mamma, Ovarien so oft primär an dieser Neubildung erkranken, werden Vagina und Vulva sehr selten primär befallen. Nach L. Mayer erkrankten in 266 Fällen von Krebs — der Uterus allein 100 mal, Uterus mit secundärer Beteiligung der Vagina 130 mal, Vagina allein nur 8 mal. Unter 8285 Todesfällen durch Carcinom, wie es Beigel in den Totenlisten von Paris verzeichnet fand, sollen nur 14 Fälle von primärem Scheidenkrebs gewesen sein. In dem

Prager pathologischen Institute waren unter den 202 an Krebs gestorbenen und zur Sektion gekommenen Frauen 76 Cervix-Carcinome, 38 mit secundärer Erkrankung der Vagina und nur 3 primäre Vaginalcarcinome. In der Berner gynaekologischen Klinik fanden sich im Verlauf von 22 Jahren — von 1871 —1892 — nur 9 Fälle von primärem Scheidenkrebs.

Von verschiedenen Gynaekologen ist allerdings behauptet worden, dass die Zahl der primären Scheidenkrebse doch etwas höher anzuschlagen sei, da in verschiedenen Fällen das Carcinom von der Scheide aus erst auf den Uterus übergegriffen habe, und dann als primäres Uteruscarcinom angesehen worden sei. Dieser Ansicht steht jedoch die Behauptung anderer Autoren entgegen, dass die primären Vaginalcarcinome sogar bei sehr ausgedehnter Verbreitung den Uterus gar nicht oder nur sehr wenig affizieren, so dass in der Mehrzahl der Fälle es nicht so schwer zu beurteilen sei, ob wir es mit einem primären oder einem secundären Scheidencarcinom zu thun haben. Dazu kommt, dass die primären Scheidenkrebse ihre besondere Praedilektionsstelle haben — namentlich die hintere Scheidenwand — und die Neigung haben, sich bis zum Scheideneingang zu verbreiten, was bei dem secundären Scheidenkrebs niemals der Fall ist. Der secundäre Scheidenkrebs pflegt gewöhnlich auf die vordere Scheidenwand überzugreifen und erreicht

nie oder sehr selten den Scheideneingang, sogar in den vorgerücktesten Fällen nicht.

Das Carcinom kann in allen verschiedenen Formen in der Scheide vorkommen. Es kommt vor als cancroïde Papillargeschwulst, als fibröses und medullares Carcinom, doch sind alle Formen gleich selten. Was den Sitz der Carcinome anlangt, so scheint das papilläre Cancroid am häufigsten an der hinteren Vaginalwand vorzukommen.

Die seltensten unter allen Tumoren der Vagina sind die Sarkome, die das berechtigtste Interesse für sich in Anspruch nehmen, und auf die ich auch deshalb etwas näher eingehen will, weil der in der Greifswalder Frauenklinik beobachtete und operierte Fall den Sarkomen sehr nahe zu stehen scheint.

Die Schleimhautsarkome können als umschriebene, rundliche, weichere Knoten, teils als diffusere Sarkominfiltration vorkommen und haben in letzterem Falle viel Ähnlichkeit mit den Carcinomen. Sie kommen zwar in der Regel bei jüngeren Individuen, aber doch auch bei bejahrten vor. Je nach ihrem Sitz verursachen sie natürlich die verschiedensten Symptome. An der vorderen Wand können sie Dysurie, Blasendruck, Inversion der vorderen Wand, zerrende Empfindungen bewirken; sitzen sie an der hinteren Vaginalwand, so sind Verstopfungen und Druck auf den Mastdarm die Hauptklagen der Patientinnen. Die Sarkome haben sehr oft Metastasen nach anderen Organen im Gefolge. Abmagerung,

Anaemie, Oedem der Extremitäten, Urinverhaltung, lebhafte Schmerzen und uraemische Erscheinungen finden sich öfter bei denselben. Die Sarkome vermögen sogar nach dem Aufhören der Menses wieder Genitalblutungen herbeizuführen. Wenn sie auf die Nachbarorgane der Scheide übergreifen, so giebt ihr Zerfall zu abnormen Communikationen mit der Blase und dem Rectum, also zur Fistelbildung, Anlass. Entzündungen des Beckenperitoneums, Druck auf den Plexus sacro-ischiadicus, bewirken lebhafte Schmerzen, Unvermögen zu gehen und Stuhlretention. Vollständige Heilung kann nur bei frühzeitiger Excision erwartet werden. Bei diffusem Sarkom ist die Prognose schlecht, auch nach völliger Excision treten in der Regel bald Recidive auf, und die zu deren Entfernung notwendigen Operationen pflegen sehr blutig und gefährlich zu sein. — In der ganzen Litteratur sind nur einige wenige Fälle von isoliertem Scheidensarkom vorhanden.

Spiegelberg teilt die beiden Fälle, welche ihm in dieser Art allein vorgekommen sind, im „Archiv für Gynaekologie“ mit. Sie zeigen, dass das primäre Sarkom der Vagina in denselben Formen auftritt wie im Uterus, als umschriebene Geschwulst und als diffuse Infiltration der Schleimhaut; Spiegelberg hält es für zweifellos, dass bislang die erstere Form mit den Fibroiden, die letztere mit den krebsigen Entartungen der Scheide zusammengeworfen worden sei.

Es folgt hier eine kurze Relation der beiden Beobachtungen.

I. Fall.

Frau Gräfin S. kam aus Landeck, wohin sie wegen Parese der Unterextremitäten geschickt und wo sie auch etwas gebessert war, zu Spiegelberg. Sie erzählte, dass sie 4 Kinder geboren, schon nach dem 3. Wochenbette „schwerbeweglich“ geworden sei, völlig hätte sich die Lähmung aber erst nach der vierten vor ca. 1 Jahre erfolgten Entbindung ausgebildet. Auch habe sie schon in der betr. Schwangerschaft über Harnzwang und Schmerz beim Urinieren zu klagen gehabt, und es sei der Hebamme bei der Entbindung ein Gewächs in der Scheide aufgestossen, das aber die Geburt nicht im geringsten gestört habe. Seit $^1/_2$ Jahr ungefähr fühlt Patientin selbst die in den Scheideneingang drängende Geschwulst.

Bei der Untersuchung fand Spiegelberg eine zarte, reducierte Frau mit tiefer Retroflexio uteri und rechtsseitigem, geschrumpften parametritischen wie retrouterinen intraperitonealen Exsudat, daher nicht elevirbarem Uterus; an den inneren Genitalien war eine grosse Empfindlichkeit zu bemerken. An der unteren Hälfte der vorderen Scheidenwand, in der Medianlinie und nach rechts von ihr, bis auf den Harnröhrenteil der Scheidenwand herabreichend, sass ein stark wallnussgrosser, ovoider, praller, elas-

tischer Tumor, welcher von glatter, gefässreicher Schleimhaut bedeckt und im Vaginalgewebe etwas verschiebbar war; gegen die Blasenmucosa ragte er nicht vor.

Einige Wochen später entfernte Spiegelberg diese — nur Blasenreizung veranlasssende und das Gefühl des Abwärtsdrängens fortwährend verursachende — Geschwulst durch Spaltung der bedeckenden Schleimhaut der Länge nach; der Tumor konnte ohne Mühe aus seinen lockeren, zelligen Verbindungen herauspräpariert werden. Die Blutung dabei war gering und stand nach der Naht der Schleimhaut. Die Heilung erfolgte unter geringer Eiterung, Recidiv trat nicht ein (es sind seitdem 4 Jahre verstrichen), die Frau wurde ganz gesund.

Die von Prof. Waldeyer untersuchte Geschwulst hatte elastisch weiche Consistenz, brüchiges Gefüge und stellte sich als ein ziemlich gefäss- und zellenreiches Fibrosarkom dar; die verdichtete äusserste Schicht bestand nur aus fibrillärem Gewebe und bildete eine besondere getrennte Kapsel um das Ganze; die Zellen waren länglich und breit. (Spindelzellen).

II. Fall.

Die 58jährige Gutsbesitzersfrau H. aus P. hat, mit 22 Jahren verheiratet, nie geboren, war bis auf mässige aus jungen Jahren schon datierende Leukor-

rhoë auch immer gesund gewesen; im Alter von 40 Jahren haben die Menses ohne Störung cessiert. Im Jahre 1867 (57. Lebensjahr) stellten sich Blutabgänge aus den Genitalien ein, anfänglich nur gering und selten, bald aber stärker und häufiger, besonders so nach anstrengenden Bewegungen.

Im Februar 1868 sagte ihr der behandelnde Arzt, sie litte an Schwammgewächsen in der Scheide und er touchierte sie häufig mit Höllenstein, wonach immer heftige Schmerzen auftraten, ohne dass die Blutung nachliess. — Bis auf die auch spontan und besonders des Nachts auftretenden Schmerzen war Patientin wohl und alle Funktionen waren in Ordnung.

Spiegelberg fand nun im Juni 1868 bei der blass aber wohlgenährt aussehenden Frau dicht über dem Eingange eine unregelmässig über den unteren Teil der Scheide verbreitete starre Infiltration der Schleimhaut und des ihr unterliegenden Gewebes, die etwas über das Niveau der gesunden Stellen erhaben, harte umgeworfene Ränder besass, und deren auf Berührung leicht blutende Oberfläche mit Granulationen bedeckt erschien. Diese ganz das Aussehen eines oberflächlich ulcerierten Lippenkrebses bietende Infiltration nahm die ganze linke Seite der unteren Hälfte des Kanals ein, wo sie sich über 3 cm. weit nach oben erstreckte; hinten reichte sie bis an die Mitte der Rectovaginalwand, nach vorn war sie

durch einen schmalen Streifen anscheinend gesunden Gewebes von dem Urethralwulst getrennt, erschien aber auf diesem in einzelnen Plaques wieder, um von da kontinuierlich auf die rechte Seite der Scheide überzugehen; hier reichte sie nicht so weit hinauf wie an der linken Seite, aber etwas tiefer abwärts bis in den Introitus hinein. Die untere Hälfte der Urethralwand war frei. Dagegen fand sich in der vertikalen Mitte der hinteren Vaginalwand noch ein isolierter, erbsengrosser, flacher Knoten.

Der ganze Scheidenkanal war kurz und anscheinend senil, die Gebärmutter nicht vergrössert, vielmehr decrepid und intakt; an den Beckenorganen keine Infiltration zu konstatieren, die Leistendrüsen nicht geschwollen, Bauch- und Brustorgane gesund.

Spiegelberg excidierte in Chloroformnarkose durch genaues Auspräparieren die infiltrierten Partieen, was bei der tiefen und dadurch zugängigen Lage derselben keine grossen Schwierigkeiten bot; nur war die Blutung sehr reichlich, und an der linken Seite des Introitus mussten 3 Arterien unterbunden werden. Die Excision des an dem Urethralwulst sitzenden Infiltrates geschah zuletzt bei in der Harnröhre liegendem Katheter; eine Eröffnung derselben wurde so vermieden, doch blieb von ihrer hinteren Wand nur ihre eigene Mucosa übrig. — Nachdem alles Krankhafte mit einem Rande freien Gewebes entfernt, wurde wegen anhaltender paren-

chymatöser Blutung die ganze Wundfläche — welche fast den ganzen Umfang der unteren Hälfte des Scheidenrohres einnahm und mit Ausläufern in den Introitus herabreichte — mit Tanninpulver bestreut und mit Charpie bedeckt, wonach die Blutung stand.

Nach Prof. Waldeyers Untersuchung zeigten die exstirpierten Stücke den Bau eines medullären kleinzelligen Sarkoms, und es grenzten, soweit dies bei der sehr zerrissenen Oberfläche der Stücke zu konstatieren war, die Sarkomelemente überall an gesundes Gewebe.

Trotzdem die Wunde gut zu granulieren begonnen, trat am 8. Tage Entzündung der linksseitigen Inguinaldrüsen auf, und es entwickelte sich von hier aus eine diffuse Phlegmone der Innenfläche der oberen Hälfte des entsprechenden Oberschenkels; trotzdem die Scheidenwunde unter kräftiger Granulation sich allmälig verkleinerte, starb die Frau dennoch einige Wochen später, wie es scheint, an Schenkelthrombose. Es kann nur die mutmassliche Todesursache angegeben werden, da eine Sektion nicht gemacht worden ist.

III. Fall.

Einen dritten Fall von congenitalem Scheidensarkom teilt Ahlfeld mit:

Am 26. Juli 1876 wurde der Klinik in Leipzig das $3^1/_4$ Jahr alte Mädchen A. Ritter übergeben.

Das Kind war schlecht genährt, blass, und bot als auffälligste Erscheinung dar einen sehr stark aufgetriebenen Leib, auf dem reichliche Venennetze sichtbar waren, und anstelle der äusseren Schamteile einen derben, teilweise exulcerierten Tumor. Im Wesentlichen bestand dieser Tumor aus zwei Abteilungen, einer vorderen, der Gegend der Clitoris entsprechend, einer hinteren, anstelle der hinteren Commissur.

Durch tiefe Furchen und Spalten war der Tumor so zerklüftet, dass auf den ersten Anblick in ihm die Formen der kindlichen, weiblichen Genitalien nicht wiedererkannt wurden. Mit einer Sonde konnte man 20 cm tief eindringen; mit dem Katheter wurden 410 ccm ammoniakalisch riechenden, eitrigen Urins abgenommen. Eine Untersuchung per anum ergab, dass das ganze kleine Becken von einer harten Geschwulst vollständig ausgefüllt wurde, die also auch das Rectum comprimierte. Die Drüsen der Inguinalgegend waren stark geschwollen.

Über der Symphyse konnte man einen Tumor in das grosse Becken ragend nachweisen.

Die Geschwulst an den Genitalien hatte in der Circumferenz 25 cm, an der vorderen Hälfte einen Querdurchmesser von 4,5 cm, an der hinteren Hälfte von 5 cm. Zwischen der vorerwähnten vorderen und hinteren Portion der Geschwulstmasse ragte ein sich hervorwölbender Tumor heraus. Ging

man mit der Sonde vor demselben ein, so floss Urin, ging man hinter demselben ein, jauchige Massen.

Da das Kind an starken Diarrhöen litt und durch dieselben immer mehr und mehr herunter kam, starb es am 20. August. In der Krankengeschichte waren leider absolut keine Angaben über die Zeit vor der Aufnahme in das Krankenhaus enthalten.

Die makroskopische Untersuchung zeigt, dass ausser der Scheide nicht nur Uterus und Vulva, sondern auch in geringerem Grade die Adnexen des Genitalrohres, Blase, Parametrien, Lymphdrüsen etc. in Mitleidenschaft gezogen sind. Über die Art der Neubildung liess sich schon makroskopisch die Vermutung aussprechen, dass man es mit einem Sarkom zu thun haben werde. Durch die mikroskopische Untersuchung wurde diese Vermutung auch bestätigt.

Es handelte sich in der Hauptsache um ein Fibrosarkom mit stellenweise stärkerer oder geringerer Entwicklung des Bindegewebes. Auch der Tumor der Blase war histologisch in gleicher Weise zusammengesetzt, nur war hier eine stärkere Entwicklung von Rundzellen bemerkbar. Auch in den Lymphzellen war die sarkomatöse Neubildung ausgeprägt.

Als letztes Beispiel eines primären Scheidentumors will ich den in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall mitteilen.

Anamnese: F. K., aus Friedland in Mecklenburg-Strelitz, 56 Jahre alt, ist bis zu 14 Jahren

angeblich immer gesund gewesen. Die Menstruation trat im Alter von 17 Jahren auf, in vierwöchentlichen Zwischenräumen. Sie dauerte 8 Tage an, war reichlich, mit Schleim vermischt, zuweilen trat Fluor auf. Ihre letzte Menstruation war vor 4 Jahren. Sie hat eine Geburt vor 32 Jahren durchgemacht, die normal und ohne Kunsthilfe verlief.

Ihre Beschwerden, die sie am 6. Juli 1895 veranlassten, die hiesige Kgl. Universitäts-Frauenklinik aufzusuchen, bestanden in Druck auf den Mastdarm und Verstopfung; ersterer bestand seit Mai d. J., letztere schon seit vielen Jahren. Seit 2 Monaten hatte sie zuweilen Schmerzen im Mastdarm.

Status praesens: mittelgrosse Person.
Bau: schwächlich.
Ernährung: mässig.
Farbe: blass.
Appetit: schlecht.
Stuhl: verstopft.
Urin: regelmässig.

Die bimanuelle Untersuchung ergiebt einen Tumor in der linken, grossen Schamlippe, einen Schleimpolypen des Cervix, einen weit über wallnussgrossen, verschiebbaren Tumor in der hinteren Scheidenwand.

Diagnose: Bartholinitis chronica, Schleimpolyp des Cervix, Tumor in der hinteren Vaginalwand.

Operation vom 12. Juli 1895.

Nach den üblichen Vorbereitungen wird die Patientin in Rückensteisslage gelagert. Die vordere Muttermundslippe wird mit einer Kugelzange gefasst, und der Schleimpolyp mit einer Scheere entfernt. Hierauf wird der Tumor bis in die äusseren Geschlechtsteile vorgedrängt, die Schleimhaut der Scheide mit einer Kugelzange gespannt und dann auf der Höhe des Tumors in die hintere Scheidenwand ein Einschnitt gemacht bis auf das Tumorgewebe; dieser lässt sich in seiner grössten Hälfte bequem aus dem umliegenden Bindegewebe herausschälen. Bei dem Versuch, ihn auch rechts zu entfernen, zeigte sich, dass sich das weichliche, rotgraue, gelappte Gewebe fast bis auf die Darmschleimhaut und tief in das rechte, periproktale Gewebe fortsetzt. Es reisst hierbei die Darmschleimhaut minimal ein, was sofort durch Catgut geschlossen wird. Der Haupttumor wird nun entfernt und man versucht, so tief wie möglich zwischen Scheide und Darm einzudringen, um das infiltrierte Gewebe fortzuschaffen. Hierauf wird Scheide und Mastdarm mit Jodoformgaze tamponiert.

Nunmehr wird der Tumor in der linken Schamlippe mit einem ovalen Schnitte umschnitten bis auf die Cystenkapsel. Bei der Entfernung der Cyste platzt diese und es entleert sich eine gallig-grüne, etwas schleimige Flüssigkeit. Jodoformgazetampo-

nade. Die Wunde wird darauf durch Nähte geschlossen. T-Binde.

Am 15. Juli werden die Tampons gewechselt. Es zeigt sich überall gutes Granulationsgewebe.

Der Tumor der hinteren Scheidenwand misst in der Länge 7 cm., in der Breite 5 cm, in der Dicke 4 cm. Er hat eine ziemlich runde Gestalt; seine Oberfläche ist unregelmässig, es wölben sich aus der Tumormasse kleinere und grössere Läppchen hervor; macht man einen Schnitt durch den Tumor hindurch, so findet man eine weiche, elastische Konsistenz und ein ziemlich brüchiges Gefüge. Die makroskopische Untersuchnng liess ein Sarkom vermuten.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt sowohl an frischen Doppelmesserschnitten nach Zusatz von Essigsäure als auch an gefärbten älteren Schnitten zwar das Bild eines Myoms, welches dem mikroskopischen Bau eines Uterusmyoms sehr ähnlich sieht; doch sind manche Stellen vorhanden, welche dem Bilde eines Sarkoms so nahe kommen, dass man wohl annehmen kann, dass der zuerst gutartig gewesene Tumor schon anfing, in einen bösartigen überzugehen.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es dem Verfasser eine angenehme Pflicht, seinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Pernice für die gütige Überweisung des für ihn so interessanten Themas seinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

LITTERATUR.

Archiv für Gynaekologie.
Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.
A. Ingermann-Amitin. Diss. i. Bern 1893.

LEBENSLAUF.

Wilhelm Gornig, Katholik, Sohn des Königl. Amtsgerichtsrats Wilhelm Gornig und dessen Ehefrau Natalie geb. von Aurich wurde geboren zu Pless in Schlesien am 29. Februar 1872. Er besuchte bis zum 7. Lebensjahre die Volksschule seiner Vaterstadt Pless, dann bis zum 9. Lebensjahre die städtische Elementarschule von Beuthen in Ob.-Schles. Ostern 1881 wurde er auf das Königl. Gymnasium zu Beuthen aufgenommen, welches er Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um in Breslau Medizin zu studieren. Seit Ostern 1891 weilt er in Greifswald, wo er Herbst 1892 das Physicum bestand. Das zur Erwerbung der Doktorwürde vorgeschriebene Rigorosum, dem am 4. April das tentamen medicum vorherging, absolvierte er am 9. April 1895.

Seine akademischen Lehrer, deren Vorlesungen, Kliniken und Curse er besuchte und denen er an dieser Stelle verbindlichst dankt, waren folgende Herren Professoren und Docenten:

In Breslau:

Born, Hasse, Ladenburg, O. E. Meyer, Schroeter.

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Holtz, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, Frhr. v. Preuschen, O. Schirmer, Schmitz †, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

THESEN.

I.

Bei bösartigen Tumoren der Vagina ist eine sanatio completa nur durch Radicaloperation möglich.

II.

Menschen mit perversem Geschlechtstriebe sind gegebenen Falls eher in einem Irrenhause als in einem Zuchthause zu internieren.

III.

Es ist wünschenswert, dass der approbierte Arzt vor dem Eintritt in die Praxis an einem grösseren Krankenhaus als Assistenzarzt thätig war.